

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1937-1938 — N° 143

LE BUBON CANCÉREUX DE L'AINE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Juillet 1938

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pol THIBAUX

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 20 Juillet 1914, à GIVET (Ardennes)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1938

LE BUBON CANCÉREUX DE L'AINE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1937-1938 — N° 143

LE BUBON CANCÉREUX DE L'AINE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Juillet 1938

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pol THIBAUX

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 20 Juillet 1914, à GIVET (Ardennes)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1938

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ
PIC, CONDAMIN, PAVIOT, NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERANI

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. FROMENT
Cliniques chirurgicales		SAVY.
		TIXIER.
Clinique obstétricale et Accouchements		BERARD.
Clinique ophtalmologique		VORON.
Cliniques dermatologique et syphiligraphique		BONNET.
Clinique neurologique et psychiatrique ..		FAVRE.
Clinique médicale infantile		LEPINE (J.)
Clinique gynécologique		MOURIQUANI
Clinique Oto-rhino-laryngologie		PATEL.
Clinique urologique		COLLET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		GAYET.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose		TAVERNIER.
Clinique des maladies infectieuses		COURMONT
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		J. CHALIER
Chimie biologique et médicale		CLUZET.
Chimie organique et Toxicologie		FLORENCE
Matière médicale et Botanique		MOREL.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MANCEAU.
Anatomie		GUIART.
Histologie		LATARJET
Physiologie		POLICARD
Pathologie interne		HERMANN.
Pathologie générale et thérapeutique		X
Anatomie pathologique		CADE.
Chirurgie opératoire		J.-F. MARTIN
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie		COTTE.
Médecine légale		ARLOING (F.).
Hygiène		Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie		ROCHAIX.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Léon
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT	BERTRANI.
BERNHEIM	REBATTU	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	REVOL	PONTHUS	LEVRAÏ
CHAMBON	ENSELME	CROIZAT	
CIBERT	SEDALLIAN	DELORE	
EPARVIER	CREYSSEL	JOSSERAND	

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. FAVRE, *président* : GATÉ, *assesseur* :
CREYSSEL et MORENAS



La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE

A MA BELLE-SŒUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE

Professeur de Clinique Dermatologique et Syphiligraphique

Au médecin, à l'homme de cœur,
à l'homme d'esprit.

A MES JUGES

Hommage respectueux.

A MES CHEFS DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Depuis sa découverte, la maladie de Nicolas-Favre voit chaque jour s'accroître et se compléter son domaine. On ne compte plus les travaux aussi bien français qu'étrangers ayant abordé son étude pathogénique, étiologique, clinique ou diagnostique. Quand M. le Professeur FAVRE nous a proposé comme sujet de thèse le Bubon cancéreux de l'aîne, dont toute l'évolution est dominée par sa ressemblance avec la poradénite inguinale, nous avons accepté avec plaisir. La modeste contribution que nous apportons dans le diagnostic de la maladie qui porte son nom est pour nous la meilleure façon de lui témoigner et notre reconnaissance et le respectueux attachement qu'il a suscités en nous, après deux années si fécondes passées sous sa bienveillante autorité.

♦♦

Avant de quitter Lyon, sa Faculté, ses Hôpitaux, nous tenons à remercier tous ceux qui ont mis entre nos mains les éléments de notre formation médicale.

Nous avons fait nos premiers gestes chirurgicaux dans le service de M. le Professeur BÉRARD, où M. le Professeur Agrégé CREYSSEL et M. le Docteur COLSON nous ont toujours soutenu de leurs conseils.

Nous leur devons d'avoir travaillé dans le calme et dans la joie et nous n'oublierons jamais les preuves de sympathie qu'ils nous ont si souvent données. Dans le service de M. le Professeur FAVRE, M. le Professeur Agrégé MORENAS s'est toujours montré pour nous un Maître savant, bienveillant et spirituel.

M. le Professeur COLLET, M. le Professeur Agrégé ROUBIER, MM. les Docteurs GRAVIER et DESJACQUES, nos maîtres d'externat, ne nous ont jamais ménagé leurs conseils et les gestes cliniques qu'ils nous ont appris au lit du malade resteront la base même de notre conduite médicale. Nous sommes heureux de les assurer de notre reconnaissance.

Nous n'oublierons pas non plus nos conférenciers d'Internat et d'Externat : MM. les Docteurs AUFRÈRE, WINGER, CAVAILLER et ROMAGNY. Les soirées de travail passées à leur côté resteront un des meilleurs souvenirs de notre vie d'étudiant.

LE BUBON CANCÉREUX DE L'AINE

INTRODUCTION

La pathologie de la région inguinale et plus précisément la pathologie ganglionnaire est empreinte de particularités infiniment intéressantes. La responsabilité en échoit à l'immense variété d'affections susceptibles d'atteindre les organes dont les ganglions de cette région sont tributaires. On sait quelles acquisitions d'un haut intérêt ont été faites ces dernières années, concernant les adénopathies inflammatoires de l'aîne. Elles possèdent des caractères que l'on connaît de mieux en mieux aujourd'hui et qui sont dominés surtout par les affections des organes génitaux.

Les dermatologistes parlent souvent de pathologie géographique. Ils entendent par là que beaucoup d'affections cutanées s'observent avec prédilection dans certaines régions ou même qu'elles y sont exclusivement cantonnées. En médecine générale, cette notion de pathologie géographique si elle n'est pas inconnue, est moins fréquemment invoquée. L'histoire des adénites, des inflammations aiguës et subaiguës de l'aîne, par ses particularités mêmes, est un bon exemple de l'intérêt qu'il y a à consacrer des chapitres aux affections régionales.

Nous croyons bien pouvoir démontrer dans ce travail que ce ne sont pas seulement les lésions aiguës et subaiguës des ganglions qui s'offrent à l'aîne avec des caractères personnels qui retiennent l'attention ; certains néoplasmes y prennent aussi des particularités singulières.

Les ganglions de l'aîne sont assez fréquemment envahis par des tumeurs, nées sur place, ou qui leur parviennent par voie métastatique. Nous ne parlerons pas des sarcomes ganglionnaires, des tumeurs provenant des cellules de la lignée conjonctive : elles ne sont pas exceptionnelles à la région inguinale et peuvent y atteindre un volume considérable. Il est bon de rappeler cependant qu'une affection longtemps considérée comme une tumeur, la lymphogranulomatose maligne, peut avoir comme premier signe clinique des adénopathies unies ou bilatérales qui parfois persistent longtemps isolées. Notre Maître, M. le Professeur Favre, avec son élève Croizat, a vu souvent ces formes localisées prendre un énorme développement.

C'est aux néoplasies épithéliales des ganglions de l'aîne qu'est particulièrement consacrée notre thèse. Il n'est pas rare de leur voir présenter des particularités cliniques et évolutives que l'on ne retrouve pas en d'autres régions avec la même fréquence et la même netteté ; contrairement aux types ordinaires des adénopathies secondaires à des cancers malpighiens, certaines néoplasies atteignant les ganglions inguinaux s'y manifestent avec un cortège de signes qui rappellent l'inflammation. Ce n'est pas à une lésion maligne que l'on pense au premier abord, mais à une adénite

aiguë ou subaiguë, à un véritable bubon. Le diagnostic peut de ce fait errer durant un certain temps. Nos observations le démontrent assez. C'est en raison du caractère inflammatoire de ces adénites néoplasiques, que notre Maître qui les a observées, leur a donné le nom de « *Bubon cancéreux de l'aine* ».

Une autre particularité non moins intéressante réside dans le fait que ces cancers ganglionnaires inguinaux, une fois découverts, apparaissent comme cliniquement primitifs. On verra plus loin dans les observations rapportées, qu'une enquête approfondie a été faite, qui n'a jamais permis de relever dans les formations épithéliales de l'anus, du rectum ou des organes génitaux, la tumeur primitive d'où étaient parties les métastases. En d'autres régions des faits semblables ont pu être observés, mais à titre exceptionnel : des adénopathies périphériques peuvent, en effet, être le premier signe d'un cancer profond. Ce sont elles que notre Maître qualifie de « *métastases précoces d'affleurement* ». Mais la plupart du temps, on trouve ultérieurement le néoplasme originel ; il n'en est pas ainsi pour la lésion maligne de type inflammatoire que nous allons décrire et le bubon cancéreux de l'aine est de surcroît, *une adénopathie néoplasique d'apparence primitive*.

Ce préambule indique et le sujet et le plan de notre travail.

Nous étudierons l'évolution clinique de ces bubons cancéreux de l'aine, leurs particularités histologiques. Nous consacrerons un chapitre aux considérations que ces faits suggèrent. Nous nous attacherons enfin à

étudier les moyens de diagnostic qui permettraient de reconnaître assez tôt la nature de ces adénopathies larvées, qu'il y aurait intérêt à dévoiler d'une façon très précoce, avant les périodes déjà avancées où la maladie est devenue pratiquement incurable.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Docteur PAYENVILLE, de Rouen)

Il s'agit d'un homme de 58 ans, représentant de commerce, que je soignais depuis deux ans pour une syphilis nerveuse, et qui, après une phase de paraplégie presque complète, avait pu, grâce au traitement, reprendre sa vie normale et voyager. Vers le mois d'août 1928, il présenta dans la région inguino-crurale droite une masse ganglionnaire dure, localisée uniquement de ce côté et ne correspondant à aucune lésion, ni des organes génitaux, ni de l'anus, ni des membres inférieurs. Cette lésion resta stationnaire pendant environ un mois, puis apparurent d'autres masses ganglionnaires dans la fosse iliaque. En même temps, d'autres lésions ganglionnaires apparaissent à gauche.

A partir de ce moment, la première lésion devient chaude, se ramollit et s'abcède, mais il s'écoule plutôt une sérosité louche que du pus bien lié. Au fond de l'ulcération, une masse grisâtre donne un peu l'impression d'un bourbillon gommeux en voie d'évolution. A ce moment, la masse inguino-crurale avait à peu près le volume du poing.

En raison de la bilatéralité de la lésion, de leur localisation, de leur suppuration et de l'extension au bassin, je pensais à une paradénite et je conseillais au malade d'entrer à l'hôpital dans un service de chirurgie, afin que l'on puisse tenter l'ablation. A aucun moment, je n'avais noté d'ulcération adénogène.

Il fut opéré le 1^{er} décembre 1922 par le Docteur Jeanne, chirurgien des hôpitaux. L'opération consista dans l'ablation des ganglions inguinaux droits, puis dans l'extirpation des

ganglions inguinaux gauches, avec curage complet de la région.

L'examen macroscopique de la pièce, montra des ganglions hypertrophiés, durs, criant sous le bistouri ; à la coupe, aspect scléreux avec quelques points blanchâtres uniformément disséminés, mais pas abcédés. Dans aucun endroit on ne constata l'existence d'abcès en voie d'évolution ; ce qui domine, c'est surtout un aspect à la fois scléreux et hypertrophique. Un fragment de ces ganglions fut envoyé au Pr. Favre, qui répondit le 31 janvier 1923 : « Le diagnostic de votre adénite ne prête à aucune confusion. Il s'agit d'un ganglion largement envahi par un cancer épithélial d'origine ectodermique. Au sein des noyaux néoplasiques, on voit quelques globes cornés. »

Les suites opératoires furent mauvaises. Les plaies n'avaient aucune tendance à se cicatriser. Il y eut une lymphorragie très abondante et très rapidement après, un œdème éléphantiasique des bourses et des jambes.

Le malade quitta l'hôpital le 28 décembre 1922 et mourut quelque temps après. L'autopsie ne put être faite, mais à la suite de la réponse histologique de M. le Professeur Favre, j'avais pratiqué un examen minutieux du malade, y compris un toucher rectal, et je n'ai pu trouver nulle part traces d'un épithélioma. Il semble donc qu'on ait été en présence d'un épithélioma ganglionnaire primitif.

OBSERVATION II

Un cas de lymphogranulomatose inguinale subaiguë évoluant chez une femme.

(Docteur LOUSTE)

La malade est âgée de 32 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels notoires. Elle a vu se développer en septembre 1922, une tumeur dans l'aîne gauche, sans anté-

cédent génital connu. L'adénite a augmenté de volume et a nécessité en mars dernier une incision qui a donné issue à un mélange de pus et de sang, *car elle était devenue rouge, fluctuante et menaçait de s'ouvrir spontanément.*

En avril, l'extirpation chirurgicale de toute la masse ganglionnaire avait été pratiquée et depuis lors la plaie n'avait pas cessé de suppurer.

A l'heure actuelle, la peau de la région inguinale présente un aspect saillant, irrégulier, rouge violacé, avec un certain nombre d'îlots bourgeonnants, cerclés par la cicatrice de l'opération ancienne.

La rougeur et l'infiltration se sont étendues à la grande lèvre. La palpation décèle une induration profonde, ligneuse, large de six travers de doigt, à cheval sur l'arcade crurale allant de l'épine iliaque antéro-inférieure à la petite lèvre gauche. On a la sensation d'un plan immobile sur les plans profonds. Cette palpation n'éveille aucune douleur. La fosse iliaque n'est pas empâtée.

La pression fait sourdre d'un grand nombre de petits pertuis un pus visqueux par place, séreux au contraire en d'autres points. En cherchant à la mobiliser, on sent que la masse ligneuse fait corps avec le bassin. Elle descend vers la face antéro-interne de la cuisse, comprimant les vaisseaux et donnant de l'œdème du membre inférieur.

L'examen général de la malade décèle une splénomégalie manifeste. La rate n'est pas palpable, mais est percutable sur 7 centimètres carrés. Les divers autres groupes ganglionnaires sont indemnes. Les poumons sont normaux, le cœur également. On n'a rien trouvé d'anormal dans les urines.

L'état général est satisfaisant, mais on a une légère anémie (2.500.000 hématies ; 9.000 globules blancs).

La température fait de temps en temps des crochets autour de 38° avec des poussées fébriles plus marquées depuis 8 jours. B. W. et Hecht négatifs.

L'examen du pus a montré une flore microbienne banale avec grand nombre de polynucléaires altérés.

La recherche du bacille de Ducrey et des amibes a été négative. Le pus séreux ne présente pas d'éléments figurés.

Il nous semble s'agir ici d'un cas de lymphogranulomatose inguinale subaiguë qui nous paraît assez typique au point de vue clinique ; le temps nous a manqué pour pratiquer toutes les recherches de laboratoire nécessaires pour étayer notre diagnostic. Les recherches sont en cours. Nous avons pratiqué une auto-inoculation ; nous allons faire la biopsie.

Nous vous présentons un peu hâtivement cette malade à la présente séance, parce qu'elle est la dernière avant les vacances; nous nous réservons de compléter notre enquête, de vous montrer la malade et surtout les résultats de la thérapeutique que nous allons instituer à base d'iode et d'émétine, réservant la radiothérapie comme adjuvant local s'il nous paraît nécessaire.

Complément. — A la séance du 12 juillet dernier, nous avons montré une malade qui présentait cliniquement les signes d'une lymphogranulomatose. Elle était entrée la veille dans notre service, et comme nous voulions la traiter de suite, nous avons pensé nécessaire de vous la montrer, bien que tous les examens de laboratoire n'aient pu être faits. A ce moment, les caractères cliniques paraissaient assez nets. Notre opinion était partagée par le Professeur Jeanselme, les docteurs Balza et Hudelo. Nous vous disions cependant que nous compléterions l'examen par les biopsies nécessaires et qu'à la rentrée, nous la présenterions de nouveau.

Les biopsies furent faites ultérieurement :

- 1° Sur la peau voisine des fistules ;
- 2° Dans la profondeur, par un chirurgien, après anesthésie locale.

La biopsie de la peau montre celle-ci infectée, mais sans altération de structure.

Par contre la biopsie profonde montre qu'il s'agit d'un

épithélioma spino-cellulaire typique. On trouve de larges boyaux épithéliaux séparés par un mince stroma conjonctif, et, par places, des globes typiques. Les cellules sont assez régulières, nullement monstrueuses et leur noyau unique a des dimensions à peu près normales.

Il n'existe pas de tissu lymphoïde.

Nous avons donc, et en bonne compagnie, fait une erreur de diagnostic.

Le diagnostic de lymphogranulomatose ne peut pas être établi sur la clinique seulement. Les signes décrits et connus peuvent s'appliquer à d'autres affections.

Devant ce diagnostic établi, il n'existait pas de traitement médical et cependant nous avons continué l'émétine sans résultat.

Un point resterait à éclaircir : d'où vient cet épithélioma spino-cellulaire et pourquoi cet aspect de lymphogranulomatose au début et dans l'évolution ?

Le point de départ certain, nous l'avons vainement cherché. Il est vrai que l'appareil génital de la femme renferme des régions difficilement explorables, et que l'indolence de la lésion initiale a pu passer inaperçue.

Il reste une autre hypothèse, parce qu'il y a eu une phase ganglionnaire nette, que nous n'avons ni vue ni trouvée après un curage de l'aine ; c'est de penser qu'il y aurait eu vraiment au début une affection ganglionnaire à tendance suppurative, et que secondairement l'épithélioma se serait développé et aurait envahi la région. C'est possible, car l'évolution clinique et la suppuration spontanée à petits foyers multiples n'est guère le fait du cancer. Cela n'est qu'une hypothèse...

La malade est morte quelques semaines après cette seconde présentation, l'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION III

Service du Professeur FAVRE (Hôtel-Dieu de Lyon)

L. J..., 54 ans, entre le 19 mars 1929 dans le service du Professeur Favre, avec le diagnostic d'adénite inguinale. Cette affection a commencé à se manifester en septembre 1928. Le malade s'est aperçu, par hasard, qu'il était porteur à l'aine gauche d'une petite grosseur du volume d'une noix, qui s'était développée sans occasionner de douleur notable. Dans les semaines qui suivent « *la tuméfaction grossit, devient sensible, la peau rougit à sa surface* ». Le malade va consulter alors un médecin qui porte le diagnostic d'*adénite subaiguë de l'aine*, et pratique dans un point qui lui paraît fluctuant une incision par laquelle s'écoule seulement un peu de sang. Quinze jours plus tard, le malade prend l'avis du chirurgien de l'Hôpital des mines où il travaillait. Le diagnostic porté à ce moment, tenant compte de l'indolence relative de l'affection ganglionnaire et du caractère torpide de l'inflammation, est celui de « *tuberculose ganglionnaire* ».

L'adénopathie paraissant bien limitée, « *et semblant en imminence de fonte et d'ouverture à la peau* », le chirurgien conseille au malade une ablation qui est pratiquée quelques jours plus tard.

Mais depuis l'opération, la plaie opératoire ne s'est jamais fermée, un bourgeonnement suspect s'est développé, et le malade s'est décidé à venir à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour y être soigné.

On est en présence d'un homme vigoureux, qui dit avoir légèrement maigri ; il ne tousse pas, a gardé les forces et l'appétit.

On trouve dans l'aine droite une masse ganglionnaire relativement peu volumineuse, formée de ganglions durs, rou-

lant sous le doigt ; le plus gros a le volume d'une noix, il n'existe pas de ganglions dans la fosse iliaque droite.

A gauche, dans le pli inguinal, s'épanouit à la façon d'un champignon étalé, une masse bourgeonnante, d'un blanc rosé, qui secrète un liquide abondant, séro-purulent. Cette masse bourgeonnante mesure environ six centimètres dans le sens du pli inguinal sur quatre centimètres perpendiculairement à ce pli.

Tout autour de la base d'implantation de ce champignon, la peau est rouge, mais ne montre aucune infiltration de caractère suspect. Par contre, la palpation profonde révèle dans le pli inguinal une induration ligueuse, adhérente, à limites imprécises. On ne trouve pas d'autres ganglions aux divers carrefours (aisselle, région cervicale), l'état général est bon; l'examen viscéral est négatif. On constate sur le front, une éruption papulo-pustuleuse formée d'un petit bouquet d'éléments acnéiformes, qui ne paraissent pas avoir d'autre signification que celle d'une inflammation sébacée commune. Le malade n'accuse aucun prurit.

Le 6 avril. — On a fait un examen histologique qui a porté sur les bourgeons de l'aîne gauche, sur un ganglion légèrement hypertrophié de l'aîne droite.

Le diagnostic histologique est celui d'un cancer de type malpighien, que l'examen clinique avait permis de soupçonner en raison du bourgeonnement de mauvaise nature qui s'est développé sur la cicatrice de l'intervention.

Le malade est à ce moment examiné avec un soin tout particulier, et l'on pratique une exploration minutieuse de toutes les surfaces cutanées et muqueuses tributaires des ganglions de l'aîne. Cet examen qui, à la suite, a été répété à plusieurs reprises, a toujours été complètement négatif.

Le malade est dès lors soumis à un traitement radiothérapique.

Le 5 Mai 1929. — Le traitement radiothérapique avait d'abord paru agir favorablement; mais depuis quelque temps les lésions sont stationnaires; le bourgeonnement du pli

inguinal gauche n'a pas sensiblement diminué; dans l'aîne droite est apparue une tuméfaction dure, fixée, du volume d'une noix. Il existe de l'œdème dur de la région pubienne et des bourses. Le malade maigrit, et son état général s'altère de jour en jour.

Il quitte l'hôpital dans les derniers jours de juin, nous avons appris qu'il avait succombé à la fin de juillet, très cachectique, et que des masses dures s'étaient formées dans les deux fosses iliaques.

OBSERVATION IV

(Résumé). Service de M. FAVRE

P... Jean, 60 ans, cultivateur. Entre le 9 novembre 1932 à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Favre, auquel il était adressé pour des adénites inguinales. On a soulevé à leur propos le diagnostic de poradénite. L'interrogatoire du malade apprend que les ganglions ont fait leur apparition à l'aîne droite tout d'abord, au mois de mai, puis à l'aîne gauche un mois plus tard. Les tuméfactions ganglionnaires ont grossi peu à peu ; à gauche, la peau est restée normale; à droite elle a rougi depuis plusieurs semaines, et la masse ganglionnaire est devenue légèrement, mais nettement douloureuse.

La douleur a toujours été supportable, et si le malade a dû interrompre son travail, c'est parce qu'il a maigri, pâli et que tout effort le fatigue. Il dit n'avoir pas eu de fièvre, mais la température n'a jamais été prise régulièrement.

Il n'accuse aucun trouble particulier, il dit seulement que son appétit a beaucoup diminué et insiste sur les sensations de faiblesse déjà mentionnées.

Après l'avoir examiné, le professeur Favre fait consigner sur l'observation la note suivante:

« Le malade présente aux deux aines des tuméfactions ganglionnaires, à l'aine gauche, les ganglions sont durs, isolés, indolores et d'inégal volume ; le plus gros a la dimension d'une noix ; à droite, la masse ganglionnaire adhérente est plus volumineuse, elle occupe une surface plus large que la paume de la main et soulève les téguments de ses lobules irréguliers.

Ces ganglions se sont développés progressivement, sans phénomènes fonctionnels notables, sauf une sensibilité nette de la masse adénopathique droite. D'autres particularités attirent l'attention sur l'aine droite. *On constate, en effet, au centre de la masse adénopathique droite, une tuméfaction rouge, saillante, très apparente du volume d'une grosse noix.* La peau, plutôt amincie, a sur toute cette tuméfaction une teinte uniforme, rouge violacé ; *un seul ganglion, le fait est à noter, offre cette rougeur et cet aspect inflammatoire.* Partout ailleurs, la masse ganglionnaire est composée de glandes dures, indolentes, recouverte d'une peau normale. Au premier abord, l'aspect rappellerait un peu celui d'une poradénite, mais un examen plus approfondi révèle entre cette affection ganglionnaire et la poradénite vraie des différences évidentes.

Le ganglion rouge et enflammé présente partout une consistance ferme, il est rénitent. Nulle part il ne s'y est formé de ramollissement partiel, de petits foyers collectés. Le ganglion donne la sensation d'une masse compacte, charnue, uniformément tendue. Malgré sa coloration rouge et son aspect inflammatoire, il est peu douloureux.

Lorsqu'on lui imprime des mouvements de latéralité, on ne réveille qu'une douleur insignifiante ; il y a là quelque chose d'analogue au signe de l'ébranlement ganglionnaire souvent noté dans les poradénites ; mais un fait très important est relevé par cette manœuvre, la fixité de la masse ganglionnaire : elle est d'une parfaite netteté ; une large coulée qui fuit vers la profondeur maintient étroitement fixée la masse ganglionnaire.

Malgré la présence d'une adénopathie bilatérale, l'aspect partiellement inflammatoire et l'indolence relative de la tuméfaction ganglionnaire de l'aîne droite, le diagnostic de poradénite doit être formellement rejeté. Le malade présente d'ailleurs une atteinte évidente de l'état général ; il a maigri, pâli. On doit conclure à la nature néoplasique des adénopathies dont il est atteint. »

12 Novembre. — Une ponction du ganglion enflammé a été faite, ainsi qu'il était à prévoir, on ne trouve pas de pus, mais en aspirant à plusieurs reprises on ramène dans l'aiguille une sérosité blanchâtre dont on pratique l'examen.

L'examen a révélé la présence de quelques globules rouges, de quelques polynucléaires et surtout de volumineuses cellules épithéliales présentant de nombreuses figures de karyokinèse. Aucun microbe n'est visible sur le frottis.

15 Novembre. — On a extirpé un petit ganglion de l'aîne gauche que l'histologie a montré infiltré par un cancer épidermoïde de type muqueux sans formations cornées.

On a préparé au Centre anticancéreux du Professeur Bérard un extrait de ce ganglion pour un traitement biologique, la cure par les radiations ayant été jugée inapplicable.

15 Décembre. — L'état général du malade a décliné rapidement. La peau qui recouvrait le ganglion enflammé, amincie, puis ulcérée laisse apparaître un tissu blanchâtre, lardacé. Les masses adénopathiques iliaques ont considérablement augmenté de volume.

A plusieurs reprises, on a pratiqué avec le plus grand soin, l'examen minutieux de tous les territoires cutanés ou muqueux, tributaires de ces ganglions de l'aîne. Ces examens sont restés négatifs. Le toucher rectal, la recherche des hémorragies occultes n'ont donné aucun renseignement.

Le malade, très affaibli, a demandé à rentrer chez lui le 20 décembre. J'ai appris (février 1933) qu'il a succombé dans un état d'émaciation extrême et sans qu'aucun signe,

jusqu'à la mort, ait pu permettre de déterminer le point de départ des adénopathies inguino-iliaques.

OBSERVATION V

E. M. François, manœuvre, 47 ans, entre le 30 janvier 1935 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service du Professeur Bérard. C'est un sujet qui travaille comme manœuvre dans une fabrique d'agglomérés. Il manipule du charbon et du brai. On n'a jamais observé chez lui d'altérations cutanées même légères. Il jouit d'une bonne santé habituelle.

Au mois de novembre 1934, il constate à la région inguinale droite une tuméfaction du volume d'une grosse noisette ; en peu de temps la masse augmente de volume, *la peau rougit, s'amincit et une petite fistule se forme par où s'écoule un liquide purulent*. Bien que le malade n'ait pas interrompu son travail, il avait éprouvé une gêne fonctionnelle notable. Il consulte un mois plus tard un chirurgien qui porte le diagnostic *d'adénite subaiguë* et pratique une incision large qui ouvre un foyer purulent. Dans les jours qui suivent, l'évolution paraît s'annoncer très satisfaisante ; mais vers le 20^e jour après l'intervention, les lèvres de l'incision s'écartent, de volumineux bourgeons venant du fond de la plaie font leur apparition ; l'état général du malade s'altère rapidement et c'est en présence de ces phénomènes tout à fait imprévus que le chirurgien désireux d'avoir un avis adresse le malade à l'Hôtel-Dieu.

Lorsqu'il arrive la lésion inguinale qui en peu de jours a beaucoup progressé est devenue de diagnostic facile. Sur l'aîne droite, s'étale une large masse bourgeonnante dont la prolifération a été si intense et si rapide que la surface

occupée par les proliférations exubérantes, mesure plus de 12 centimètres dans le sens transversal sur 7 centimètres de largeur. *Les bourgeons, d'un blanc rosé, mous, sécrètent en abondance une sérosité fétide* ; la masse fungiforme repose sur une base infiltrée, dure, fixée par de larges adhérences aux tissus profonds. On constate à l'aîne gauche quelques petits ganglions.

Le malade ne présente aucun trouble digestif ou urinaire. L'examen minutieux des territoires cutanés ou muqueux tributaires des ganglions de l'aîne ne révèle aucune lésion si minime soit-elle.

Le diagnostic qui s'impose est celui d'adénopathie cancéreuse inguinale, *de cancer ganglionnaire larvé ayant évolué au début en empruntant les signes d'une adénite.*

L'examen histologique confirme ce diagnostic : la biopsie d'un bourgeon montre qu'il s'agit d'un cancer malpighien spino-cellulaire.

L'évolution de l'affection a été celle que pouvait faire prévoir la rapidité de son développement. Le malade est aujourd'hui dans un état de cachexie extrême et deux métastases craniennes viennent de faire leur apparition.

L'examen clinique n'a pas permis de préciser le point de départ de la néoplasie, dont la métastase dans les ganglions de l'aîne a présenté l'évolution que rapporte l'observation.

OBSERVATION VI

Carcinome des ganglions inguinaux imitant la maladie de Nicolas Favre

(M. le Professeur BEHÇET-HULUSI, Istambul).

Le malade est un médecin âgé de 46 ans, pourvu d'une santé apparemment bonne, qui s'adresse à notre clinique dans le but de nous faire examiner ses ganglions inguinaux

tuméfiés. 13 mois auparavant, dans la région inguinale droite, un des ganglions du groupe inférieur et interne augmente de volume jusqu'à la grosseur d'un pois qui progressivement, continue d'augmenter ; un ganglion voisin atteint le volume d'un œuf. Les ganglions sont indolores et l'aspect de la peau qui les recouvre n'est pas changé.

Trois mois après, c'est-à-dire il y a dix mois, le côté symétrique présente les mêmes tuméfactions et l'un des ganglions atteint la grandeur d'une noix avec une *peau sous-jacente amincie progressivement et de teinte violacée*. Les autres groupes ganglionnaires du cou, des aisselles, épitrochléens, etc., sont indemnes. Malgré l'augmentation de volume des ganglions inguinaux le patient ne ressent aucune douleur, sauf une certaine gêne consistant en tiraillement et une sorte de brûlure à la suite de marches prolongées. L'appétit est bon, sa puissance de travail est presque inchangée, il vague à ses affaires. Dans ses antécédents, il signale deux blennorragies dont la première à 19 ans et la dernière à 43 ans. Dans la goutte matinale persistante, on trouve actuellement du gonocoque. Trois mois avant, une petite ulcération s'est produite au niveau du méat. Cette ulcération a augmenté progressivement jusqu'à atteindre une superficie d'un centimètre de diamètre. Elle est très dure au palper.

Actuellement, les ganglions inguinaux des deux côtés sont très augmentés. Spécialement à droite, on sent une masse ganglionnaire, dont l'un des ganglions très dur présente la grosseur d'un poing, avec adhérence vers l'intérieur.

Ceux de gauche prolongent en partie les ganglions abdominaux et l'un d'eux a comme une *tendance à la suppuration, mais est très dur* et la pression ne fait rien sourdre et est indolore.

Par la ponction, on obtient une quantité minime de sérosité non purulente. Le triangle de Scrapa est indemne.

La peau recouvrant la verge est œdémateuse. Vers la racine elle est comme transparente. L'ulcération au niveau du méat de dimension d'un centimètre, très dure, noirâtre, fait penser par son aspect à un chancre primitif induré. Toutes les recherches du point de vue spécificité, toutes cliniques, biologiques et microbiologiques, se sont avérées négatives. Négatives les réactions de Frei, la recherche du bacille de Ducrey et les réactions de contrôle au Dmelcos; négatives aussi les recherches concernant la tuberculose, culture et inoculation aux animaux.

En fin de compte, *la biopsie nous montre un carcinome métastatique à grands réseaux épithéliaux*. Les radiographies du bassin, de l'abdomen et des jambes n'ont montré aucune anomalie. Le toucher rectal, l'exploration de la vessie et des voies urinaires effectuée par le Docteur Ali Eschref, urologue de notre hôpital, n'ont montré aucune particularité à signaler. Les examens effectués par le Professeur Nissen, de la clinique chirurgicale, n'ont, eux non plus, rien révélé.

En conclusion, nous nous trouvons devant un cas de carcinome métastatique des ganglions inguinaux dont la source n'a pu être établie *et qui par son aspect extérieur, imite à première vue la maladie de Nicolas-Favre*.

Nous donnons cette observation sous toute réserve, la biopsie de la lésion ulcéreuse du gland n'ayant pas été pratiquée.

OBSERVATION VII

M. le Docteur Marnay de Loche a bien voulu communiquer à notre Maître un fait clinique tout à fait comparable à ceux qu'il avait publiés de « Bubon cancéreux de l'aine ».

L'observation est celle d'une femme, chez laquelle s'est

développée une adénopathie subaiguë dont la cause n'a pu être découverte tout d'abord, malgré le minutieux examen des territoires cutanés ou muqueux tributaires des ganglions inguinaux. Le diagnostic d'adénite inflammatoire fut porté et une intervention fut pratiquée, mais bientôt, l'adénopathie changeait de caractère, apparaissait de mauvaise nature.

Un examen histologique confirmait le diagnostic de cancer et la malade, dirigée sur l'Institut Anticancéreux de Villejuif, y succombait quelques mois plus tard des suites d'une hémorragie.

« Je n'ai jamais pu, écrit dans une lettre M. le Docteur Marnay, découvrir la lésion épithéliale primitive. L'histoire de cette pauvre malade rentre bien dans le cadre de celles que vous avez décrites dans vos « Notes de Pathologie inguinale ».



BUBON CANCÉREUX DE L'AINE (Obs. IV)

Un bourgeon néoplasique apparaît entre les lèvres de la fistule. Remarquer l'aspect plissé de la région, si fréquent dans la poradénite inguinale.

ETUDE CLINIQUE

Ces observations montrent, à la simple lecture, avec quels caractères cliniques surprenants se présente cette adénopathie cancéreuse de l'aine. Elles mettent en évidence la constance de son évolution et justifient pleinement l'isolement de cette forme en entité clinique bien définie : « le Bubon cancéreux de l'aine ».

Trois périodes assez tranchées peuvent être isolées dans cette étude.

1° Période de début relativement courte, au maximum de quelques semaines, durant laquelle l'adénopathie se constitue.

2° Période pseudo-inflammatoire, secondairement suppurative, de beaucoup la plus importante. L'aspect absolument larvé que prend alors la lésion rend en effet hésitant un diagnostic, dont la précocité est le plus sûr garant des succès thérapeutiques.

3° Plus tard, à la période ultime, il n'est plus temps : l'adénite ulcérée, bourgeonnante, fixée au bassin s'est étendue ; l'état général est très atteint : le bubon cancéreux de l'aine a pris l'allure habituelle des métastases ganglionnaires, au dernier stade d'évolution du cancer initial.

Période de début.

Dans chacune de nos observations, l'adénopathie est apparue insidieusement sans que rien auparavant n'ait attiré l'attention du malade d'une façon particulière. C'est par hasard qu'il s'aperçoit qu'il est porteur à l'aîne droite ou à l'aîne gauche d'une petite tumeur du volume d'une noisette ou d'une noix, qui augmente progressivement, sans phénomènes douloureux notables, ni atteinte de l'état général. Il est rare que l'on voit le malade à cette période, cette grosseur l'inquiète bien un peu, mais si peu, qu'il faudra l'apparition de quelque gêne dans cette région et la tendance à la suppuration pour l'amener à consulter. Dans une de nos observations, le malade, médecin lui-même, n'avait pas jugé bon de s'inquiéter aussi rapidement. Il faut dire à sa décharge que deux blennorragies et un chancre l'avaient habitué à des manifestations pathologiques apparemment plus sérieuses qu'une simple hypertrophie ganglionnaire.

Quand on examine cette adénite, localisée à un seul ganglion, tout au moins à cette période de début, on trouve une petite tumeur mobile, roulant sous le doigt, sans adhérences, ni aux plans profonds ni à la peau. C'est une adénopathie ferme, dure, et déjà ce signe doit attirer l'attention.

On est cependant un peu surpris quand rien ni aux organes génitaux ni à l'anus, ni aux membres inférieurs, ne justifie ce retentissement ganglionnaire. L'expectative est apparemment la seule conduite à

tenir. D'ailleurs, en un mois ou deux au maximum, le tableau clinique va bientôt évoluer et l'adénite primitive prendre l'allure d'une adénite inflammatoire subaiguë à tendance suppurative, d'un véritable bubon.

Période d'état.

Cette deuxième période d'évolution clinique, d'allure inflammatoire, est assurément la plus importante, celle où le diagnostic va chercher à se poser et bien souvent à faux. Malheureusement il existe peu de signes cliniques qui puissent permettre de soupçonner la véritable nature de cette adénite.

Ceux que nous allons essayer de mettre en évidence ne sont pas absolument pathognomoniques du bubon cancéreux de l'aîne. Leur ensemble lui confère cependant une certaine individualité clinique avant la fistulisation.

Mais dès son abcédation, le tableau est à ce point semblable à celui de la poradénite inguinale que le plus souvent c'est ce dernier diagnostic qui va être posé : « Il nous semble s'agir d'un cas de lymphogranulomatose inguinale subaiguë qui nous paraît assez typique au point de vue clinique » va jusqu'à dire M. Louste.

Phase présuppurative.

SIGNES PHYSIQUES

1° *Lésion inflammatoire généralement unique :*

L'adénite primitivement de la grosseur d'une noix a atteint le volume d'un œuf. C'est une tumeur à cheval sur l'arcade crurale, débordant en haut vers l'abdomen, en bas vers le triangle de Scarpa. Progressivement elle prend *le caractère inflammatoire, devient chaude et menace de s'abcéder. La peau est amincie, uniforme rouge violacé, tendue.* D'autres ganglions durs, mobiles, font leur apparition du même côté ou un peu plus tardivement de l'autre côté.

Mais seule l'hypertrophie ganglionnaire initiale va prendre le caractère inflammatoire si spécial du bubon cancéreux ; les adénites secondaires vont seulement se fixer et s'intégrer dans la zone de périadénite du bubon, sans jamais pourtant s'y fondre complètement comme dans la lymphogranulomatose.

Dans cette masse ganglionnaire inguinale, la tuméfaction centrale seule va apparaître en saillie avec une peau rouge et amincie : « *L'aspect au premier abord rappelle un peu celui de la poradénite inguinale* ».

Mais deux signes importants qui les séparent et que nous devons considérer comme caractérisant spécialement l'aspect clinique dès cette période, doivent être minutieusement recherchés. Leur constatation en est délicate et seule une étude attentive peut les mettre en évidence. Ils sont tous deux particulièrement nets dans

les observations I, IV et VI et nous en empruntons la description à M. le Professeur Favre.

2° *Consistance ferme et charnue :*

« *Le ganglion rouge et enflammé présente partout une consistance ferme, il est rénitent ; nulle part il ne s'y est formé de ramollissements partiels, de petits foyers collectés. Le ganglion donne la sensation d'une masse compacte, charnue, uniformément tendue... ».*

Cette dureté du bubon cancéreux de l'aîne, cette consistance charnue si spéciale est rare, pour ne pas dire exceptionnelle dans les adénites inflammatoires ordinaires où la lésion se ramollit rapidement pour s'abcéder.

La constatation de ce caractère est facile ; il persiste longtemps. Même après l'abcédation, même à la période ultime de son évolution, la lésion reste ferme.

Nous trouvons ce signe nettement exprimé dans nos observations I, IV et VI. S'il manque dans les autres, c'est que, nous semble-t-il, on a négligé de le rechercher. Hypnotisé par cette peau rouge et luisante, amincie, par cette allure inflammatoire, le réflexe chirurgical a joué. Le bistouri a incisé la lésion, rendant beaucoup plus difficile la recherche de ce symptôme très important dont la constatation ne s'impose alors que plus tard. —

3° *Fixité de l'adénite : signe de l'ébranlement modifié :*

« *Lorsqu'on imprime des mouvements de latéralité à la lésion, on ne réveille qu'une douleur insignifiante ; il y a là quelque chose d'analogue au signe de l'ébran-*

lement ganglionnaire souvent noté dans les poradénites; mais un fait très important est relevé par cette manœuvre, la fixité de la masse ganglionnaire ».

Ce dernier caractère, nous le retrouvons dans toute adénopathie cancéreuse un peu évoluée; dans le bubon cancéreux de l'aîne il doit immédiatement amener l'idée d'une lésion néoplasique.

Dans l'observation II, présentée comme un cas de lymphogranulomatose subaiguë, remarquons que le fait avait été noté : « *On a la sensation d'un bloc immobile sur les plans profonds* ». Néanmoins c'est à la poradénite que l'on avait pensé.

Or, rappelons que dans la maladie de Nicolas-Favre, le signe de l'ébranlement est fait de deux éléments : d'une part la mobilité de la tumeur dans les mouvements de latéralité; d'autre part, l'absence de douleur lors de cette manœuvre. Si nous retrouvons ce dernier caractère dans le bubon cancéreux de l'aîne, le premier par contre est absent : la lésion est fixée. Il nous semble que de ce fait, le signe de l'ébranlement sur lequel insiste M. le Professeur Favre et qui nous apparaît comme trop souvent négligé, prend une importance de premier plan dans le diagnostic de la poradénite et dans celui de la lésion que nous étudions.

4° *Intégrité des ganglions iliaques :*

L'exploration de la fosse iliaque interne, le malade étendu sur le dos, les cuisses à demi fléchies pour relâcher la paroi abdominale, montre l'absence complète de ganglions rétro-cruraux. Dans l'adénite à trous, l'apparition de ceux-ci est précoce et presque contemporaine de l'adénopathie inguinale. Dans le Bubon

cancéreux de l'aîne, au contraire, elle est beaucoup plus tardive. Ce n'est que plusieurs mois après, lorsque la lésion aura pris une extension considérable, que les ganglions iliaques deviendront nettement perceptibles au milieu de la grosse infiltration néoplasique de cette région.

5° *Absence de lésion primitive :*

Comme à la période de début, la recherche d'une néoplasie primitive est absolument négative. Les examens pratiqués à plusieurs reprises et par des spécialistes, montrent l'intégrité complète des territoires cutanés ou muqueux, tributaires de ces ganglions inguinaux ; rectum, organes génitaux, membre inférieur, les organes lointains eux-mêmes sont sains. Le cancer primitif continue à être latent.

SIGNES FONCTIONNELS

Durant toute cette période, les phénomènes douloureux sont assez réduits et il en sera de même durant toute l'évolution de la lésion. Comme nous l'avons dit plus haut, la pression et les mouvements de latéralité imprimés à la tumeur ne réveillent qu'une souffrance insignifiante. Si en prenant le caractère inflammatoire, l'adénite est devenue un peu sensible, le malade le supporte très facilement : il se plaint seulement d'une sensation de tension, de tiraillement ou de cuisson après une marche un peu longue.

SIGNES GÉNÉRAUX

Par contre, bien que le malade reste vigoureux et qu'il continue d'accomplir son travail habituel, un certain degré de fléchissement de l'état général se manifeste : un peu de pâleur, une fatigabilité plus rapide, et surtout un amaigrissement déjà marqué et qui au fur et à mesure de l'évolution de l'affection va s'intensifier. Cet amaigrissement concorde mal avec l'idée d'une adénopathie inflammatoire subaiguë banale et apparaît disproportionné avec une lésion dont, à cette époque, on est encore loin de soupçonner la malignité.

PONCTION GANGLIONNAIRE

C'est à ce moment que la ponction ganglionnaire va prendre toute son importance. M. le Professeur Favre l'a pratiquée à cette période, et c'est elle qui lui a permis de confirmer le diagnostic de néoplasie. Nous l'étudierons plus particulièrement dans les éléments du diagnostic, mais dès maintenant, notons combien elle s'impose devant une adénite suspecte et qui ne fait pas ses preuves. Fait important, et sur lequel nous reviendrons plus loin, cette ponction ne ramène pas de pus, mais une sérosité blanchâtre, où l'examen montre l'absence de microbes, l'existence de rares polynucléaires et surtout la présence de nombreuses cellules cancéreuses.

Phase d'abcédation.

Soit qu'elle s'abcède d'elle-même, soit que l'on intervienne par une incision dans une région fluctuante ou paraissant telle, « *l'adénite semblant en imminence de fonte et d'ouverture à la peau* », l'issue de pus est relativement peu abondante et nous voudrions y insister. D'aspect différent dans chacune de nos observations, de quelques gouttes de sang à l'épanchement nettement pyoïde, l'écoulement est le plus souvent séreux ou séro-purulent, caractère assez rare dans les adénites subaiguës habituelles en dehors de la poradénite et qui nous semble également être un signe un peu particulier du Bubon cancéreux de l'aîne. Dans deux observations même (obs. I et II), cette issue de pus fut presque inexistante et nous avons l'impression que si l'écoulement devient pyoïde et plus abondant dans les jours qui suivent l'abcédation ou l'ouverture chirurgicale, cela est dû à l'infection microbienne secondaire exogène, si difficilement évitable. Un argument de poids soutient cette hypothèse : la ponction aseptique ramène une sérosité blanchâtre et non du pus. Les examens bactériologiques et cytologiques y montrent l'absence complète de microbes et le petit nombre de polynucléaires.

Quoi qu'il en soit, le plus souvent, un seul ganglion s'abcède, une seule fistule se forme : c'est un ganglion à abcédation unique, ce n'est pas une adénite à trous comme dans la lymphogranulomatose bénigne. Ce

n'est qu'exceptionnellement que le Bubon cancéreux de l'aine réalise cette aspect.

Puis l'adénite se fixe de plus en plus. Des ganglions durs s'intègrent à la zone de périadénite ; la lésion réalise un placard large comme une paume de main, bosselé, infiltré, avec une tuméfaction centrale rouge et fistulisée. Dans la fosse iliaque des ganglions commencent à apparaître. L'aspect objectif d'une poradénite inguinale est réalisé.

Les douleurs sont toujours assez réduites, mais l'état général s'altère ; le malade a beaucoup maigri, l'appétit a diminué, les forces baissent. Le cancer commence à se manifester et à la fin de cette période de plusieurs mois, le moment n'est pas loin où il va quitter son aspect larvé pour se démasquer.

Période terminale.

A cette troisième période, la dernière de son évolution, le Bubon cancéreux de l'aine devient une lésion classique. La fistule, la trace de l'incision qui pendant quelques jours avaient paru se cicatriser prennent un mauvais aspect : les lèvres s'écartent. On entrevoit dans le fond de la plaie un tissu lardacé, blanchâtre ; *des bourgeons mous, blanc rosé, exubérants, sécrétant une sérosité fétide font leur apparition.*

Cette masse fungiforme, cerclée par les bords de la fistule ou par ceux de la cicatrice de l'incision, repose sur une base infiltrée d'une dureté ligneuse, fixée au bassin par de larges adhérences. Un œdème dur enva-

hit la jambe, les organes génitaux et les régions avoisinantes. Les ganglions inguinaux de l'autre côté se sont développés et fixés à leur tour. L'état général décline. La biopsie confirme le diagnostic déjà posé de néoplasme.

Mais la recherche de la lésion initiale est tout aussi négative qu'aux premières périodes. Le cancer primitif continue à être latent et jamais dans nos observations il ne s'est manifesté ; le malade meurt en 18 mois, deux ans, de sa métastase inguinale, en pleine cachexie cancéreuse.

Conclusions.

Si nous voulons résumer rapidement cette évolution clinique, avec ses caractères, nous dirons qu'après une période de début relativement courte d'hypertrophie ganglionnaire, ferme, la lésion se présente comme une masse dure, bosselée, peu douloureuse, du volume du poing, au centre de laquelle une tuméfaction saillante prend le caractère inflammatoire et se recouvre d'une peau rouge et amincie.

Parmi les signes secondaires :

1° *Tendance à la fistulisation.*

2° *Ecoulement d'une sérosité blanchâtre où l'examen montre l'absence habituelle d'éléments microbiens, la pauvreté en polynucléaires et la présence de cellules néoplasiques.*

3° *Intégrité longtemps conservée des ganglions ilia-*

ques et l'atteinte de l'état général, évoluant vers la cachexie cancéreuse en 18 mois, deux ans.

4° Absence clinique de lésion cancéreuse initiale.

Deux signes essentiellement doivent retenir l'attention :

1° La consistance charnue et ferme de la lésion.

2° La fixité et l'adhérence en profondeur.

ETUDE ANATOMIQUE

Dans l'étude diagnostique que nous ferons plus loin du Bubon cancéreux de l'aîne, on verra que l'étape histologique fixe définitivement la nature maligne de la lésion. Elle met en évidence le caractère essentiel de cette tumeur : il s'est agi dans tous les cas observés, *de cancers ganglionnaires du type ectodermique*.

1° Aspect macroscopique

Dans une des observations, l'examen de la pièce prélevée par biopsie, montre des ganglions hypertrophiés, durs, criant sous le bistouri ; à la coupe : aspect scléreux avec quelques points blanchâtres uniformément disséminés, mais pas abcédés. Dans aucun endroit on ne constate l'existence d'abcès ganglionnaires en voie d'évolution. Ce qui domine c'est surtout un aspect à la fois scléreux et hypertrophique.

2° Aspect microscopique.

Le ganglion a perdu sa structure initiale si caractéristique. Il est largement envahi par le cancer. On y trouve des boyaux épithéliaux séparés par un mince

stroma conjonctif. Les cellules volumineuses présentent de nombreuses figures de karyokinèse.

Le cancer est parfois de type épidermique spino-cellulaire avec quelques globes cornés typiques, d'autres fois, c'est un cancer épidermoïde de type muqueux sans formations cornées.

Les éléments lymphoïdes du ganglion ont presque complètement disparus. Parfois, surtout à la période d'abcédation on note une infiltration composée en partie de polynucléaires.

L'aspect histologique est donc particulièrement typique et dans chacune de nos observations il s'est révélé semblable, sauf dans l'observation IV où le compte rendu histologique trop bref ne nous permet pas de considérer l'aspect présenté comme absolument semblable à celui des autres cas.

CONSIDERATIONS GENERALES SUR QUELQUES TYPES CLINIQUES DE METASTASES GANGLIONNAIRES DE CANCERS EPITHELIAUX

Cette étude clinique et histologique nous oblige à quelques considérations générales portant particulièrement sur deux points : l'allure pseudo-inflammatoire d'une néoplasie ganglionnaire de la région inguinale et l'absence clinique de toute lésion primitive permettant d'expliquer cette métastase.

Envisageant le problème du diagnostic de la paradenite d'avec les adénopathies inguinales, MM. Massia et Lacassagne s'expriment ainsi : « Affections néoplasiques. Il s'agit le plus souvent d'épithéliomas ; néanmoins, certains sarcomes peuvent aussi donner lieu à toute une classe de ganglions à caractères très particuliers. Que la tumeur cancéreuse siège dans la sphère génitale, au niveau du membre inférieur ou même atteigne un organe intra-abdominal, on constate des ganglions durs, multiples, d'abord mobiles, puis devenant adhérents aux plans profonds et superficiels à mesure que leur volume augmente ».

On a remarqué que ces deux auteurs ne font pas mention du type clinique d'adénopathie cancéreuse

que nous venons de décrire : l'adénopathie cancéreuse larvée d'aspect phlegmasique.

Ils paraissent admettre également que la tumeur est évidente ou facilement découverte à l'examen de la région génitale, du membre inférieur, de l'abdomen ; c'est le caractère cryptogénique de ces cancers ganglionnaires qui est à son tour méconnu.

Achard, dans ses « Cliniques médicales de l'Hôpital Beaujon », écrit lui aussi, à propos du diagnostic de la poradénite : « l'adénite cancéreuse de l'aîne est plus volumineuse ordinairement et ne suppure pas ».

Dans le « Bulletin de l'Association pour l'étude du Cancer », Huguenin note également : « Avec une presque constance, les métastases ganglionnaires des épithéliomas malpighiens ont des caractères cliniques tellement particuliers que le clinicien sait les reconnaître et peut affirmer non seulement leur nature néoplasique secondaire, mais aussi leur origine à partir d'un épithélioma malpighien. A l'habitude, ces masses ganglionnaires sont irrégulières, d'une induration ligneuse, fixées en profondeur, absolument immobilisées lorsqu'elles sont de quelque volume ».

Ici encore, aucune mention de l'aspect si spécial de ces métastases inflammatoires cliniquement primitives.

Les adénites cancéreuses d'allure inflammatoire.

L'aspect inflammatoire que peuvent revêtir parfois les adénites cancéreuses n'est pourtant pas exception-

nel ni inconnu et les observations en sont fréquentes.

Il y a un siècle déjà, Théophile Anger isolait une forme d'adénite pseudo-phlegmoneuse dans le cancer de la langue. Ménétrier, dans son « Traité du Cancer », attire l'attention sur les adénites inflammatoires secondaires dans les néoplasies du tube digestif.

J. Ducuing, dans son « Précis de Cancérologie », écrit lui aussi : « Si nous laissons de côté l'infection ganglionnaire discrète et chronique qui peut en imposer pour un retentissement cancéreux, il faut savoir que certains cancers de l'appareil digestif donnent des adénophlegmons : c'est le cas par exemple de quelques cancers de la langue et des lèvres. Ces adénophlegmons évoluent comme des adénophlegmons ordinaires si les ganglions infectés ne sont pas cancérisés, mais comme ils le sont très souvent, on constate après leur ouverture spontanée ou chirurgicale l'apparition de bourgeons néoplasiques à la peau. »

MM. Favre et Nicolas, dans la thèse de Gensollen, ont décrit le cancer pseudo-actinomycosique de la face où l'infection secondaire, à point de départ buccal, donne un aspect si particulier, que seule la biopsie permet d'en faire le diagnostic.

Dans le « Bulletin de l'Association pour l'Etude du Cancer », Ch. Flandin publie une observation de métastase inguinale inflammatoire dans un cancer de la verge, qui se présente exactement comme notre bubon cancéreux de l'aîne.

Ce dernier rentre-t-il dans le groupe de ces métastases inflammatoires?

Pour tenter d'expliquer les caractères de ces can-

cers larvés, trois hypothèses nous apparaissent. Nous ne croyons pas que l'on puisse retenir celle de M. Louste, d'une infection ganglionnaire sur laquelle serait venu se greffer un néoplasme.

C'est plutôt l'hypothèse inverse, d'une infection secondaire soit locale soit à distance, à partir de la lésion initiale, qui paraîtrait probable.

Cependant le fait signalé par M. Favre d'absence d'éléments microbiens dans la sérosité prélevée par ponction, avant toute ouverture spontanée ou chirurgicale de la lésion, nous incite à penser que le microbisme n'est peut-être pas entièrement, ni toujours responsable de ce caractère clinique. On connaît le cancer évolutif rapide du corps thyroïde en imposant parfois pour une strumite, ou la mastite carcinomateuse aiguë de la femme enceinte.

Sans vouloir entrer dans le domaine complexe de la biologie du cancer, nous pensons que le caractère inflammatoire dans le Bubon cancéreux de l'aîne n'est peut-être pas toujours d'origine microbienne et que le cancer à lui seul peut réaliser cet aspect.

Les métastases précoces d'affleurement. •

Le second fait intéressant dans cette étude est que ce cancer de type épidermique apparaît cliniquement primitif. Que ce soit aux organes génitaux, à l'anus, aux membres inférieurs, à la paroi abdominale sous-ombilicale, même aux autres organes lointains, aucune lésion si minime soit-elle n'apparaît, en règle

générale, comme la lésion initiale dont dépend la métastase inguinale. Ce dernier phénomène nous étonne moins que le premier. S'il est loin d'être classique il n'en est pas pour cela méconnu.

La notion de cancers latents se manifestant par une métastase, soit viscérale soit osseuse, est courante. Le cancer du corps thyroïde dans sa forme dite : « goitre métastatique bénin » se révèle souvent par une fracture spontanée. Le cancer du sein, avant tout signe clinique, peut donner un syndrome paraplégique par métastase à la colonne. Le cancer de la prostate peut se révéler par une crise d'épilepsie, témoin d'une lésion osseuse crânienne.

Quant aux métastases ganglionnaires des cancers latents, leur existence a été aussi maintes fois signalée. On a pu observer l'hypertrophie précoce du ganglion de Troizier dans le cancer de l'estomac.

Lejars, dans son « Diagnostic chirurgical », note, en parlant des néoplasies ganglionnaires inguinales : « Il arrive que l'on constate une masse bosselée, adhérente, d'une dureté particulière dans le triangle de Scarpa, alors que l'examen balano-scrotal, vulvaire, anal, ne révèle aucun point de départ, aucune ulcération suspecte et que le toucher rectal est entièrement négatif. Il importe toutefois d'insister sur tous les examens muqueux (rectoscopie, etc...) et de n'admettre le cancer primitif des ganglions que sous les plus expresses réserves. Si l'on ne trouve rien aux territoires originels, il y a lieu de se souvenir que ces ganglions isolés, agminés, durs, nettement néoplasiques de l'aine, se combinent parfois à des can-

cers intra-abdominaux latents, sans qu'on puisse préciser exactement le processus de diffusion. »

Ménétrier fait les mêmes constatations : « Les adénopathies inguinales, en dehors de celles qui sont le résultat de cancers cutanés du membre inférieur ou des régions génitales ou anales, peuvent, comme l'a enseigné Jaccoud, être révélatrices de cancers viscéraux de l'abdomen et particulièrement de l'estomac, par le mécanisme de l'infection lymphatique rétrograde. Là, des adénopathies tuberculeuses peuvent se présenter avec les mêmes apparences cliniques. »

Assan, dans sa thèse, réunit un grand nombre d'observations de métastases ganglionnaires précoces, en particulier du cancer du larynx et du sinus nasopharyngien, faits qui sont bien connus des oto-laryngologistes. M. Pollosson (Société de Chirurgie de Lyon), étudiant trois observations absolument typiques de ces métastases, conclut : « Devant une adénopathie suspecte, mystérieuse dans ses origines, il ne faut point se hâter trop de songer à une maladie primitive ganglionnaire exceptionnelle. Il se peut que le cancer en cause passe inaperçu, qu'il siège loin de la topographie anatomique lymphatique à laquelle en clinique on est accoutumé à juste titre. Ces cas se sont montrés graves, non seulement en ce sens qu'ils soulignent une malignité existante, mais parce que la tumeur originelle était cachée et l'est restée longtemps. »

Cette rapide revue bibliographique met en évidence la possibilité d'adénopathie néoplasique dans des cancers latents. M. le Professeur Favre qui a eu main-

tes fois l'occasion d'étudier ces faits, qualifie ces adénopathies du nom de *Métastases précoces d'affleurement*, exprimant de ce fait, d'une part, l'existence d'une métastase ganglionnaire superficielle dans un cancer latent, d'autre part, son apparition illogique dans un territoire ganglionnaire quelconque, non tributaire de la région où siège la lésion initiale.

Le Bubon cancéreux de l'aine est-il une métastase précoce d'affleurement?

Il s'en rapproche par un point : au moment de son apparition il est cliniquement primitif comme la métastase précoce. Mais tandis que dans cette dernière le cancer primitif se révèle toujours, longtemps parfois après l'apparition de l'adénopathie, dans le Bubon cancéreux de l'aine, au contraire, la lésion initiale est restée jusqu'ici toujours latente.

Dans nos observations, l'autopsie, malheureusement, n'a jamais pu être pratiquée, mais il est probable qu'elle aurait été négative, étant donnée l'absence clinique absolue de signes de néoplasie originelle.

La question de l'origine de ce cancer ectodermique reste donc mystérieuse : invoquer à la surface des territoires cutanés ou muqueux dont les ganglions de l'aine sont tributaires, un de ces états néoplasiques dont nous connaissons aujourd'hui de multiples formes superficielles, non évolutives localement, est une hypothèse très naturelle, mais jamais nous n'avons pu la vérifier.

Les métastases ganglionnaires cliniquement primitives d'aspect inflammatoire.

Un troisième et dernier point nous reste à exposer. Existe-t-il dans le Bubon cancéreux de l'aine une relation entre l'aspect inflammatoire et l'absence de lésion initiale?

La rapide étude que nous venons de faire de ces deux caractères nous a montré que ni l'un, ni l'autre, ne rentraient exactement dans les chapitres connus d'adénites cancéreuses inflammatoires et de métastases précoces d'affleurement; et l'on peut se demander, si en dehors des diverses formes de métastases cancéreuses ganglionnaires connues: *forme classique*, avec ses ganglions durs, roulant sous le doigt, progressivement adhérents et répondant à une lésion cancéreuse tributaire de ces ganglions; *forme inflammatoire*, où l'atteinte microbienne secondaire transforme l'adénite primitive en adéno-phlegmon; *métastases précoces d'affleurement* dont nous venons de rappeler l'aspect clinique, il n'existe pas une quatrième forme de métastase cancéreuse dont notre Bubon cancéreux de l'aine est le type: *la métastase ganglionnaire primitive d'aspect inflammatoire*.

Un fait clinique vient confirmer cette idée: le Bubon cancéreux de l'aine ne constitue pas la seule lésion de ce type et nous voudrions rapporter ici rapidement, bien qu'elle sorte un peu du sujet que nous nous sommes fixé, une observation qui le prouve amplement. Il s'agit d'une malade que nous avons eu l'occasion

d'observer ces temps-ci dans le service de M. le Professeur Favre :

« Madame G. Marie, 51 ans, sans passé pathologique important, a présenté il y a six mois, dans la région génienne gauche, une petite tuméfaction indurée du volume d'une noisette, libre de toute adhérence, qui, rapidement, sans cependant occasionner de phénomène douloureux important, rougit et menace de s'abcéder. On porte le diagnostic de kyste sébacé enflammé et on confie la malade au Docteur Labry, qui fait l'exérèse. Les suites opératoires sont simples, la plaie se cicatrise rapidement. Mais l'examen histologique (professeur J.-F. Martin) répond : « Epithélioma atypique dont il est impossible de préciser l'origine sur la coupe. »

« Pendant six mois, la malade revue régulièrement et examinée complètement, n'a présenté aucun trouble d'aucune sorte. Tous les examens ont été négatifs. Ce n'est que ces derniers temps qu'un nodule induré, envoyant des prolongements en pattes de crabe dans les téguments avoisinants et signant une récurrence locale, a nécessité le transport de cette malade au Centre anticancéreux, où tous les examens pratiqués n'ont pu préciser le point de départ de cette métastase néoplasique. »

Cette observation se rapproche absolument de celles du Bubon cancéreux de l'aîne. L'intervention précoce seule lui a empêché d'en prendre le caractère évolutif.

Il est assez osé de prétendre isoler une forme clinique sur un aussi petit nombre de faits, mais nous sommes persuadé que ces formes métastatiques pseudo-

inflammatoires précoces ne sont pas exceptionnelles. Elles passent simplement inaperçues, comme cela aurait pu être dans l'observation plus haut citée, si un examen histologique n'avait mis sur la voie et fait surveiller l'apparition du plus petit signe traduisant l'existence d'un cancer au début. L'intérêt thérapeutique de ces formes saute aux yeux. Leur diagnostic précoce permettrait de prévenir le développement du cancer par une exérèse rapide, ou par les agents physiques qui, on le sait, sont cependant moins indiqués dans les cancers accompagnés d'infection.

DIAGNOSTIC

A la troisième période de son évolution, les infiltrations ligneuses, les bourgeonnements, les adhérences profondes, l'œdème dur des organes voisins, les compressions vasculaires, l'évidente altération de l'état général rendent la tâche relativement aisée. Si quelques doutes d'ailleurs pouvaient subsister sur sa véritable nature, la biopsie d'un fragment en aurait vite raison.

C'est à la période de début et à la période d'état du Bubon cancéreux de l'aîne que le diagnostic se pose dans toute son acuité. Nous n'en dissimulerons pas la difficulté. Il faut penser à la possibilité d'une lésion néoplasique et en rechercher tous les petits signes cliniques que nous avons décrits pour être mis sur la voie du diagnostic.

Étape clinique.

Les éléments cliniques du diagnostic, nous les avons étudiés plus haut : l'allure pseudo-inflammatoire, la dureté de la lésion, l'absence de lésion primitive, sont d'une constatation facile. Malheureusement ils n'ont rien d'absolument pathognomonique du Bubon cancéreux de l'aîne.

Par contre, nous avons à notre disposition deux méthodes de laboratoire, qui seules, vont permettre d'affirmer le diagnostic, ou de confirmer une impression clinique.

Etape histologique.

1° *La ponction ganglionnaire* nous apparaît sans conteste comme le moyen le plus rapide de diagnostic. Intervention dont la simplicité la met à la portée de tout le monde, elle est peu traumatisante et le malade l'accepte très facilement. Elle doit être faite avec un trocart assez fort dans le ganglion à allure inflammatoire. Il serait peut-être utile parfois, surtout au début où le pus est presque inexistant, à opérer comme pour la recherche des tréponèmes dans les ganglions, c'est-à-dire à injecter un peu de sérum physiologique et à le réaspirer ensuite.

Nous rappelons les données fournies par cette ponction :

Absence habituelle d'éléments microbiens ;

Présence de quelques polynucléaires ;

Existence de cellules néoplasiques.

2° *La Biopsie* constitue déjà une petite intervention chirurgicale, mais à la période d'extrême début et à la période d'abcédation, elle nous paraît préférable à la ponction ganglionnaire.

En montrant un *cancer ganglionnaire du type ectodermique spino-cellulaire ou muqueux*, elle renseigne immédiatement sur la véritable nature de la lésion

Ce diagnostic différentiel se pose à la période de début et au stade inflammatoire.

Début.

Toutes les lésions ganglionnaires chroniques peuvent simuler le Bubon cancéreux de l'aîne. *La syphilis primaire, la tuberculose ganglionnaire, la lymphogranulomatose maligne, les maladies des organes hématopoïétiques, le cancer primitif des ganglions*, réalisent, à leur apparition, une hypertrophie ganglionnaire simple et dure.

L'absence de chancre induré et la recherche soigneuse dans le panicule adipeux de la pléiade ganglionnaire éliminent la syphilis primaire.

La présence d'autres adénites dans les différents territoires ganglionnaires lointains : aisselle, région cervicale, font porter le diagnostic de leucémie.

Pour les autres affections, le diagnostic purement clinique est impossible et seule la biopsie ganglionnaire en donne la clef.

Malheureusement, on recule parfois devant une intervention, même aussi simple, et le malade entre dans la seconde période, mais là encore le diagnostic conserve toute sa complexité.

Période inflammatoire.

Cependant, le champ des hypothèses est déjà plus réduit. L'évolution a imprimé à la lésion des caractères,

en particulier l'aspect inflammatoire qui, à cette période, vont faire hésiter le diagnostic entre cinq affections : *cancer primitif ganglionnaire*, *Bubon pyococcique*, *Bubon chancrelleux*, *Bubon strumeux* et surtout *poradénite inguinale*.

1° *Cancer primitif*. — Éliminées les quatre premières de ces lésions, le diagnostic va se cantonner entre cancer primitif et secondaire, mais la biopsie tranchera facilement l'hésitation. L'intérêt en est d'ailleurs réduit. Le cancer primitif est rare ; il ne prend qu'exceptionnellement cet aspect d'adénite subaiguë et c'est uniquement en dernière analyse que l'on peut soulever cette hypothèse.

2° *Bubon pyococcique-satellite d'une lésion infectée*. — Le diagnostic ne présente aucune difficulté. Une lésion infectée est immédiatement mise en évidence. D'ailleurs l'écoulement de pus bien lié est abondant et l'examen y montre l'existence de nombreux microbes et de globules de pus.

3° *Bubon chancrelleux*. — La lésion primitive si typique avec ses bords décollés, son fond suintant et malpropre, les douleurs accusées par le malade, constituent des faits suffisamment caractéristiques pour affirmer un diagnostic que vient confirmer l'intradermo-réaction au Dmelcos ou l'auto-inoculation.

4° *Bubon strumeux*. — La tuberculose ganglionnaire dans sa forme localisée, évoluant vers la caséification et la fistulisation soulève des difficultés plus grandes. La lésion a une évolution subaiguë comme le

Bubon cancéreux, mais la fistule avec ses bords décollés, violacés, le pus mal lié, grumeleux, l'inoculation au cobaye, tranchent ces difficultés.

5° *Poradénite inguinale*. — Dans notre étude clinique, on a pu remarquer que dans la recherche des signes cliniques qui caractérisent le Bubon cancéreux de l'aîne, nous nous sommes surtout attaché à mettre en évidence ceux qui l'opposaient à la maladie de Nicolas-Favre. C'est que dans toutes nos observations le diagnostic discuté et souvent posé fut celui de lymphogranulomatose bénigne. Nous rappellerons que si ces deux affections se présentent avec d'évidentes ressemblances, quelques signes cliniques permettent de les séparer; en particulier l'unicité fréquente de l'abcédation dans le Bubon, la consistance charnue, le signe de l'ébranlement modifié, l'absence de lésion adénogène primitive.

Cependant, pour importants qu'ils soient, ces signes ne sont pas pathognomoniques et il est des cas où le diagnostic de lymphogranulomatose ne peut être établi avec la clinique seulement.

Aussi, est-ce encore aux données biologiques et histologiques que nous aurons recours : réaction de Frei, biopsie, parfois l'épreuve du traitement à l'anthiomaline, éclaireront un diagnostic hésitant.

Malgré tout, bien des difficultés persistent et nous pensons qu'il ne suffit pas d'énumérer des diagnostics les uns après les autres. La vraie position de la question est différente. Que l'on sache seulement qu'aux

aines, le cancer ganglionnaire peut prendre l'aspect d'une adénite subaiguë, d'une phlegmasie ganglionnaire, d'un Bubon inflammatoire et lorsqu'une telle adénite prendra un caractère un peu mystérieux, le simple fait de soupçonner une néoplasie permettra rapidement de mettre en œuvre les différents moyens de diagnostic exposés plus haut.

CONCLUSIONS

La pathologie des ganglions de l'aîne est riche de particularités qui méritent une place à part entre les adénopathies d'autre siège. Il y a longtemps que l'on a signalé les divers types cliniques des inflammations aiguës et subaiguës des ganglions de cette région et en 1912 ce chapitre de pathologie des adénites subaiguës de l'aîne s'enrichissait d'une nouvelle entité anatomo-clinique : l'adénite à trous, la poradénite inguinale, dont on sait aujourd'hui la brillante et rapide fortune.

Ce ne sont pas seulement les inflammations de l'aîne qui ont une personnalité très marquée. D'autres processus ganglionnaires bien différents y prennent des caractères qu'il importe de bien connaître. Il en est ainsi de certaines adénopathies néoplasiques inguinales.

Ces ganglions peuvent être le siège de métastases de tumeurs épithéliales qui s'y développent parfois très largement en présentant un aspect clinique qui risque d'égarer le diagnostic. En effet, l'adénopathie néoplasique revêt alors des caractères qui sont ceux d'une inflammation et qui la font prendre pour une adénite subaiguë, pour un Bubon de l'aîne. C'est à cette variété d'adénopathie néoplasique larvée que

notre Maître, M. le Professeur Favre, a donné le nom de Bubon cancéreux de l'aîne. C'est aux diverses variétés d'adénites aiguës ou subaiguës de la région inguinale que l'on a conclu, au premier examen de ce type d'adénopathie cancéreuse.

Même lorsque le diagnostic est tardivement établi, il est souvent difficile de préciser le point de départ de la métastase, une des particularités du Bubon cancéreux de l'aîne étant que l'infiltration épithéliale y apparaît cliniquement primitive.

Il est, par suite, très utile de chercher à établir le plus rapidement possible le diagnostic de ces adénopathies néoplasiques à formule histologique épithéliale, avant leur phase d'extension. Nous avons étudié les éléments de ce diagnostic qui est parfois fort difficile.

L'examen clinique, l'emploi des méthodes biologiques devront parfois être complétés par la biopsie ou plus simplement par la ponction ganglionnaire qui peut permettre d'établir le diagnostic précoce.

Le Bubon cancéreux de l'aîne n'est pas une rareté et la notion de ses caractères est en pratique très utile à connaître.

Vu :

LE DOYEN.

JEAN LÉPINE.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE.

FAVRE.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 4 Juin 1938.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- ASSAN. — *Thèse, Alger* (1930-1931). Les métastases ganglionnaires des cancers latents.
- BELIN (J.). — *Thèse, Alger* (1888). Adénopathie à distance dans les cancers viscéraux.
- BEHÇET-HULUSI. — *Annales des maladies vénériennes*, avril 1938. Carcinome des ganglions inguinaux imitant la maladie de Nicolas-Favre.
- BÉRARD et DARGENT. — *Lyon Médical*, février 1936. Diagnostic d'une adénopathie claviculaire. Sténose cancéreuse de la bronche moyenne droite.
- CHEVALLIER et BERNARD. — Le diagnostic des adénopathies inguinales. Masson, éd.
- DELBET (P.). — Cancer du rectum.
- DESAIVE (P.). et VERLINDEN (L.). — *Liège Médical*, décembre 1936. Intérêt clinique des adénopathies « signal ».
- DUCUING. — Précis de cancérologie.
- ENSTERMAN (G.-B.) et ADAMS (S.-F.). — *M. Clin. North. America*, novembre 1930. Carcinoma of prostate glande with early and extensive métastatis to cervical, axillary and inguinal lymph. nodes.
- FAVRE (M.). — *Bulletin de la Société Française de dermatologie et syphiligraphie*, 1933. A propos du diagnostic des affections inflammatoires de la région inguinale.

- *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 7^e série, tome IV, n^o 10, octobre 1933. Notes cliniques de pathologie inguinale. Bubon cancéreux de l'aîne d'aspect inflammatoire. A propos du diagnostic de la poradénite inguinale.
- *Journal de Médecine de Lyon*, 1935. Le Bubon cancéreux de l'aîne.
- FLANDIN-PEYROU-RABEAU-POUMON-DELLILE. — *Bulletin de l'Association Française pour l'Etude du Cancer*, 1937. A propos de deux cas d'épithélioma de la verge.
- GENSOLLEN. — *Thèse de Lyon*, 1919. Cancer aigu à type d'actinomycose cervico-faciale.
- GÉRAUDEL. — *Presse Médicale*, 1910. Les métastases cancéreuses par envahissement lymphatique rétrograde.
- HUGUENIN (R.). et FAYEN (G.). — *Bulletin de la Société Française pour l'étude du cancer*, février 1937. Aspect clinique de sarcome ganglionnaire de certaines métastases d'épithéliomas.
- JACCOUD. — Clinique médicale de la Pitié, Paris, 1888.
- LEJARD. — Diagnostic chirurgical.
- LOUSTE-THIBAUT et VIALÈRE-VALEIX. — *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1923. Un cas de lymphogranulomatose subaiguë évoluant chez une femme.
- MASSIA-LACASSAGNE. — *Journal de Médecine de Lyon*, 1923. Diagnostic des adénopathies inguinales.
- MÉNÉTRIER. — *Traité du cancer*.
- TIXIER-POLOSSON. — *Société de Chirurgie de Lyon* (1928). Adénopathies cancéreuses.

